

# CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIA

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

FRACTURA DE CADERA

Las fracturas de cadera pueden ocurrir en el extremo superior redondeado (cabeza) del fémur, en la parte estrecha del fémur justo por debajo de la cabeza (cuello), o en la zona más amplia situada justo por debajo del cuello. Las fracturas de cadera, se producen con mayor frecuencia entre las personas de edad avanzada, y suelen deberse a una caída leve, sobre todo en quienes sufren osteoporosis. Por lo general, los movimientos de la pierna afectada, del pie y/o al tratar de caminar causan un dolor considerable. El médico confirma el diagnóstico mediante radiografías o, en ciertos casos, con otras pruebas de diagnóstico por la imagen. Normalmente se realiza una intervención quirúrgica para reparar la cadera o a veces para sustituir la articulación. Las fracturas son más frecuentes en las personas de edad avanzada, ya que son más propensas a tomar determinados fármacos que aumentan el riesgo de fracturas de cadera (véase Fármacos y envejecimiento). La mayoría de las fracturas de cadera son el resultado de caídas, pero en las personas mayores con osteoporosis, las fuerzas ejercidas durante las actividades ordinarias, como girar en la cama, levantarse de una silla o caminar pueden fracturar la cadera. La articulación de la cadera está formada por el extremo superior redondeado (cabeza) del fémur y parte del hueso de la pelvis. La cabeza esférica del fémur se ajusta dentro de una cavidad en forma de copa del hueso de la pelvis, por lo que forma una articulación una enartrosis (articulación en esfera y cavidad). Por debajo de la cabeza, el fémur se estrecha, formando el cuello del fémur. Por debajo del cuello existe una zona más amplia que contiene dos grandes protuberancias (llamadas trocánteres). Los fuertes músculos de las piernas y la región glútea se insertan en los trocánteres mediante tendones. La mayoría de las fracturas de cadera se producen justo por debajo de la cabeza del fémur. Hay dos tipos frecuentes:

Las fracturas de cadera del cuello femoral (subcapital), que se producen en el cuello del fémur.

Las fracturas de cadera pertrocantéreas (también llamadas intertrocantéreas), que pasan por las protuberancias óseas situadas justo por debajo del cuello

Las fracturas de cadera también pueden ocurrir en la cabeza del fémur o por debajo de las grandes protuberancias óseas, denominándose entonces fracturas subtrocantéreas.

La fractura del cuello del fémur es particularmente problemática, puesto que suele interrumpir la irrigación hacia la cabeza del hueso. Sin una buena irrigación sanguínea, el hueso no puede volver a juntarse, y finalmente se destruye y muere (lo que se denomina osteonecrosis). Puede desarrollarse una artritis grave y dolorosa.

Las fracturas pertrocantéreas de cadera raramente interrumpen el suministro de sangre a la cabeza del fémur. La superficie de fractura del hueso puede sangrar, pero no lo suficiente para causar problemas graves. Estas fracturas normalmente son consecuencia de una caída o un golpe directo.

### Síntomas

Las fracturas de cadera suelen ser muy dolorosas y generalmente provocan dolor en la ingle. Si los fragmentos óseos se han separado, el sujeto no puede caminar, permanecer en pie o mover su pierna. Cuando se acuesta, la pierna afectada puede parecer más corta y está rotada hacia afuera. Sin embargo, si los fragmentos óseos han quedado impactados y la fractura es pequeña, el paciente puede caminar y a veces puede tener sólo un dolor leve, y la pierna parece normal. Si se produce un sangrado abundante desde el foco de fractura o desde vasos sanguíneos próximos, el paciente puede sentirse mareado o débil. La zona puede hincharse, y puede aparecer un hematoma violáceo.

A veces, cuando se rompe la cadera, el dolor parece originarse de la rodilla en lugar de la cadera. Esto es así porque la rodilla y la cadera comparten las mismas vías nerviosas. Este tipo de dolor se denomina dolor referido. Si la fractura de cadera obliga al paciente a permanecer en cama durante mucho tiempo, está en mayor riesgo de desarrollar problemas graves. Los problemas debidos al encamamiento incluyen

Úlceras por presión

Coágulos de sangre, que pueden ocasionar una embolia pulmonar

Confusión mental

Neumonía

Pérdida de tejido muscular y una disminución de la capacidad física general (pérdida de condición física)

Las personas mayores son más propensas a presentar problemas debidos al reposo en cama, y dichos problemas pueden tener consecuencias más graves. La fractura de cadera puede cambiar la forma en que viven. Las personas de edad avanzada pueden resultar incapaces de realizar sus actividades habituales. Es posible que necesiten a una persona que les ayude en el hogar o pueden tener que vivir en una residencia de ancianos. El paciente puede deprimirse si la fractura limita su actividad u ocasiona una dependencia.

Diagnóstico

Radiografías

A veces resonancia magnética nuclear o tomografía computarizada

Los médicos sospechan una fractura de cadera basándose en la descripción que la propia persona haga de la lesión, en los síntomas y en los resultados de la exploración física. Se puede confirmar la fractura de cadera, ya manifiesta, mediante una radiografía. Sin embargo, las radiografías a veces parecen normales incluso aunque esté presente una fractura, por ejemplo cuando la fractura es menor y los fragmentos se encuentran todavía en su lugar. Así, si el médico sigue sospechando la existencia de una fractura de cadera o si la persona sigue sufriendo dolor y es incapaz de mantenerse de pie al cabo de un día o más después de una caída, se puede realizar una resonancia magnética nuclear (RMN) para detectar pequeñas fracturas. A veces se utiliza la tomografía computarizada (CT), pero es menos precisa para detectar pequeñas fracturas de cadera.

Tratamiento

Por lo general, cirugía para reparar o reemplazar

La artroplastía de cadera , ó prótesis , consiste en una cirugía ortopédica que busca reemplazar de forma total o parcial la articulación de la cadera con un implante artificial llamado prótesis. El

objetivo es reemplazar las partes de la articulación que han sido dañadas y aliviar el dolor, cuando no se puede controlar con otros tratamientos o éstos han fallado

#### INSTRUMENTAL NECESARIO:

Caja de cadera, separador de cadera, caja de prótesis de cadera, ( en función de la casa comercial que utilicemos ), motor con sierra, y si la prótesis prevemos que va a ser cementada, ampliaremos con los tapones endomedulares y la jeringa de cementación

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Con el paciente en decúbito lateral, y una vez realizada la incisión y separados los planos correspondientes, se accede a la articulación afectada, se realiza la desarticulación manual de la misma, y posteriormente se extrae con la sierra la cabeza del fémur, que se separa y mide.

Una vez fuera la cabeza del fémur, nos podemos encontrar con tener que modificar y por tanto cambiar también, el lecho dónde se aloja la misma, el acetábulo, procediendo por tanto a su fresado hasta un nº previamente acordado.

Con el acetábulo final ya colocado, el cirujano se dirige al fémur, fresando el vástago del mismo, una vez fresado también, hasta el nº correspondiente, se procede a la colocación del vástago protésico. Finalmente, y una vez colocado el polietileno que corresponde en el acetábulo, se procede a la prueba de la cabeza femoral , decidiéndose el nº . y posterior cierre de la incisión.

#### CARACTERÍSTICAS :

Las prótesis son de dos clases: cementadas y no cementadas. Las prótesis cementadas emplean un material especial ,cemento, para facilitar el anclaje de los componentes de la prótesis al hueso, fundamentalmente en sujetos con osteoporosis o edad avanzada, ya que la rehabilitación con estas prótesis es más rápida pero la duración de las mismas es menor. Las no cementadas no se acompañan de ningún material adicional, sino que el metal va en contacto directo con el hueso; en estos casos, la prótesis es de mayor duración, pero la rehabilitación es más duradera puesto que es el hueso el que debe crecer lentamente para facilitar el anclaje de la prótesis. Éstas últimas se emplean en pacientes de menor edad y con hueso de características normales.

#### POSICIÓN QUIRÚRGICA:

La posición quirúrgica del paciente es en decúbito lateral, exponiendo la cadera afectada. Es importante revisar toda la posición con el fin de proteger y almohadillar de manera correcta todas las zonas susceptibles de lesión .

#### TIPO DE ANESTESIA:

Normalmente el tipo de anestesia más frecuente, suele ser la anestesia espinal, si se preve un tiempo de duración quirúrgica por encima de las dos horas, se . Suele realizar una anestesia combinada epi/ espinal .

RECOMENDACIONES:Proteger las zonas de apoyo. Evitar la hipotermia con la utilización de mantas térmicas y calentadores de líquidos